

Rêves, idéaux, et usages de l'institution

Alfredo Zenoni

Le thème de l'institution ne semble pas immédiatement s'inscrire dans l'ensemble du cycle de cette année[1], mais nous sommes de ceux qui considèrent que les questions relatives à la pratique en institution ne sont pas sans rapport avec la question du destin de la psychanalyse, dans un contexte où la psychiatrie contemporaine a tendance à disparaître. Sa disparition risque, en effet, d'entraîner avec elle la psychanalyse ou, en tout cas, de la laisser orpheline de la psychiatrie, pour reprendre un titre de Jean-Daniel Matet. Par ailleurs, l'enjeu de ces questions est de ménager ou de maintenir un accès possible à une clinique orientée par la psychanalyse et, du même coup, à la thérapeutique qui en découle, pour des sujets qui risqueraient, qui risquent déjà, de ne rencontrer qu'une réponse strictement pharmacologique, électrochimique ou chirurgicale.

Dans les années soixante, soixante-dix, l'idéologie anti-psychiatrique était surtout concentrée dans la critique de l'hôpital psychiatrique qui dans son existence comme dans sa pratique, était vu comme la condition d'une aliénation censée redoubler, sinon engendrer, la maladie mentale. La « dés-institionnalisation » a été un idéal de l'époque, à la lumière duquel l'aliénation mentale était conçue comme la conséquence d'une forme de répression de la liberté. C'était un peu le rêve anti-institutionnel de l'époque, à quoi Lacan opposait, notamment dans son discours de clôture des journées sur la psychose de l'enfant[2], le rappel de ce lien étroit entre la liberté et la folie : « l'être de l'homme, non seulement ne peut être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme limite de sa liberté »[3]. Ce lien, il l'avait formulé au sortir de la seconde guerre mondiale, avant d'évoquer l'imminence d'un autre enjeu, plus réel, qu'il exprime ainsi : « comment faire pour que des masses humaines, vouées au même espace, non pas seulement géographique, mais à l'occasion familial, demeurent séparées ? »[4].

Aujourd'hui nous assistons au développement d'une autre forme d'anti-psychiatrie, caractérisée par un autre rêve – qui est plutôt un cauchemar, de notre point de vue – un rêve opposé à celui de la liberté : celui d'un être humain conçu et traité comme une machine,

---

[1] La session 2010-2011 du Collège clinique de Toulouse a pour thème « Rêves, délires, réveils ».
[2] Lacan J., « Allocution sur les psychoses de l'enfant », *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 361-372.
[3] Lacan J., « Propos sur la causalité psychique », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 176.
[4] Lacan J., « Allocution sur les psychoses de l'enfant », *op. cit.*, p. 363.

nécessitant en cas de dysfonctionnement, des interventions ciblées, délimitées et de courte durée. Ce rêve – le terme de « rêve » est présent dans le titre d'une partie de l'ouvrage collectif *Un monde sans fous*[5], la partie intitulée « Le rêve de rationalisation de la psychiatrie » – ce rêve est à la base de la création du gigantesque plateau de 2500 m² à l'Institut du Cerveau et de la Moelle Epinière, « dévolu à la recherche chez l'homme ». Y seront hospitalisés les patients qui voudront se proposer pour la recherche, dans ce qu'on appelle un Centre d'Investigation Clinique. La science, qui a révolutionné la manière d'aborder une sclérose en plaques, un Parkinson ou une maladie d'Alzheimer, pourra maintenant se tourner vers la psychiatrie. « Maintenant qu'on commence à voir comment cela fonctionne, donc comment cela dysfonctionne, cela va être… »[6]
Du point de vue du thème, ces deux rêves « anti-psychiatriques » se rejoignent dans une commune perspective de réduction, voire de disparition de la réponse institutionnelle à la clinique psychiatrique, considérée comme une réponse dépassée, désormais non pertinente. Sous la commune critique de l'institution – tantôt au nom de la liberté parce que l'institution serait aliénante, tantôt au nom de la science qui la rendrait superflue c'est-à-dire coûteuse – opère la « méconnaissance volontaire », comme on dit la « servitude volontaire », de la nature même de la clinique à laquelle l'institution psychiatrique répond.

Comment ne pas être sensible au fait que l'accueil et le séjour en institution de soins, qu'il s'agisse de CHS, de foyers, d'appartements thérapeutiques, d'hôpital de jour, sont d'abord motivés par la nécessité de répondre à une configuration relationnelle problématique pour l'individu et/ou pour son entourage, au point d'exiger une mise à distance, une mise à l'abri, un éloignement de la personne par rapport à son contexte de vie habituel ? Et comment ne pas constater que l'accueil et le séjour ont déjà souvent en eux-mêmes un effet, disons, « thérapeutique » ?

Une clinique relationnelle

Les racines de la clinique accueillie en institution sont inséparables du substrat social où elles plongent. Les phénomènes et les passages à l'acte qui sont à l'origine de cet accueil renvoient à la matrice fondamentale de toute relation que nous formulons dans les termes de « relation à l'Autre », c'est-à-dire qu'ils renvoient à ce qui fait la spécificité de la condition humaine en

[5] Borrel P., *Un monde sans fous*, Nîmes, Champ social éditions, 2010.
[6] *Ibid.*, p. 92.

tant qu'elle est foncièrement une condition sociale. Sauf que cette « condition sociale » doit s'entendre au sens fort, c'est-à-dire au sens où la relation entre individus n'est pas seulement constituée par l'échange d'informations nécessaires à leur survie ou à la survie de l'espèce, mais aussi et surtout par un lien libidinal, un lien pulsionnel, un lien de jouissance qui n'a rien de comparable avec les interactions observées dans le monde animal. Les satisfactions, les motivations, les activités qui caractérisent cette condition n'ont aucune raison d'être sur le plan de la nature. Qu'il s'agisse de religion, de pouvoir ou d'obéissance, de mariage et de parenté, d'érotisme, de violence et de cruauté, d'ascèse ou de renoncement, de recherche ou de création, mais aussi du culte rendu aux morts, du théâtre, de la danse, des compétitions sportives, ce qui se passe entre êtres humains est essentiellement de l'ordre de la libido.

Cette condition « sociale » est présente dès le départ de l'existence de l'être humain, en tant qu'elle est initialement plongée dans un autre environnement que l'environnement naturel. Elle est plongée dans cet environnement relationnel spécial où il ne s'agit pas seulement pour l'individu, pour l'enfant, d'obtenir les objets ou de recevoir les soins nécessaires à la vie, mais aussi d'obtenir la réponse, qu'il reçoit ou qu'il ne reçoit pas, à une demande. Il ne s'agit pas seulement, pour le sujet, des objets qu'il peut avoir de l'Autre, pour la satisfaction de ses besoins, mais aussi de ce qu'il peut être, lui, pour l'Autre, au point parfois de préférer refuser ces mêmes objets si son être, son désir, ne sont pas pris en compte. Or, ce qu'il peut être pour l'Autre est double : il peut non seulement être un sujet, un désir dans une relation d'amour mais il est toujours aussi, peu ou prou, un objet, un mode de satisfaction pulsionnelle, un mode de jouissance, il peut être un objet du fantasme de l'Autre. L'« être pour l'Autre » oscille donc entre cette position d'objet et cette position de sujet, sans qu'aucune des deux ne puisse être complètement abolie. Je vous rappelle ce que Lacan écrit, dans une note, à la fin de la « Question préliminaire », à propos du célèbre *Inter urinas et faeces nascimur* de Saint Augustin, à savoir que l'analyse découvre que ce n'est pas tant le corps de l'humain, sa « guenille », qui a cette origine sordide, entre urine et fèces, « c'est l'être même de l'homme qui vient à prendre rang parmi les déchets où ses premiers ébats ont trouvé leur cortège, pour autant que la loi de la symbolisation où doit s'engager son désir, le prend dans son filet par la position d'objet partiel où il s'offre en arrivant au monde, à un monde où le désir de l'Autre fait la loi »[7].

Cette position d'objet dans le désir de l'Autre est le lot de tout le monde, de tout *parlêtre*. La manière dont la relation à l'Autre, dans ses différents registres familial, groupal, amical,

[7] Lacan J., « Du traitement possible de la psychose », *Écrits*, *op. cit.*, p. 582.

sexuel, sociétal se configure et est vécue dépendra de sa possibilité de se déprendre de cette position originaire d'objet, ou, dans les termes d'une autre note de la « Question préliminaire »[8], va dépendre de l'extraction ou de la non extraction de l'objet. Le collage, le maintien plus ou moins profond de cette position d'objet aura des conséquences, souvent paradoxales, sur l'expérience de la relation. On constatera, par exemple, que ce sont les partenaires de sa vie qui ont le plus fait souffrir ou qui ont le plus négligé le sujet, c'est-à-dire qui ont plutôt conçu ce sujet comme réalisant un objet du fantasme, ce sont ces partenaires là dont il aura le plus de difficulté à se séparer ou dont il ne pourra se séparer que sous une forme radicale, par une agression ou une rupture de tout contact, voire par le suicide. Ce qu'on pourrait appeler un « trouble de la séparation » dans le lien social, qui se manifeste par des relations inextricables et parfois dramatiques, notamment dans la sphère familiale et conjugale, est bien souvent à l'origine d'une large part de cette clinique qui motive les hospitalisations, les prises en charge institutionnelles ou simplement les consultations.

Dans les difficultés d'insertion scolaire, professionnelle, sociale se joue plus fondamentalement une problématique d'impossible détachement de la sphère familiale, de « collage » qui n'exclut d'ailleurs pas des affrontements allant parfois jusqu'au conflit judiciaire, et d'absence de distinction des générations où l'on ne sait plus qui est partenaire de qui, comme dans le cas de cette patiente dont la mère devient l'amante de son petit ami, puis sa femme pour se lier ensuite au père de celui-ci. Ce « collage » qui est moins fait d'amour que d'absence d'amour, d'absence de parole et de transmission reste pourtant le point de gravitation d'une existence : on vit en vase clos avec sa mère jusqu'au jour où on est poussé à l'agresser violemment ; on craint d'être enlevé par sa mère de qui on a été séparé à l'âge de trois ans tout en lui téléphonant trois fois par jour à l'âge adulte ; ou encore on trouve dans le frère, à qui tout était permis, même de vous frapper, un support identificatoire indispensable, au point que, à son départ de la maison familiale, on restera cloîtré dans sa chambre, n'en sortant que pour se procurer de la drogue.

Il n'y a pratiquement aucune conjoncture clinique adressée à une institution « psy » qui ne s'avère être profondément tressée de telles problématiques relationnelles, soit dans la version du maintien d'un lien souvent pétri de contradictions, soit dans celle d'une rupture radicale de tout lien par une exigence ravageante de liberté ou de solitude.



Une réponse relationnelle

La réponse thérapeutique qu'il s'agit d'envisager ou de mettre en place pour de telles conjonctures cliniques relationnelles ne peut faire abstraction du fait qu'elle instaure elle-même une relation, dont il s'agit de déterminer la forme qui convient, sachant que dans toute relation, quelle qu'elle soit, même lorsqu'il s'agit simplement de poser des questions pour remplir un formulaire ou un questionnaire, se joue ou risque de se jouer l'incidence de l'objet. Simplement à partir de ce constat, nous pouvons déjà nous demander si une problématique clinique à ce point intriquée au contexte relationnel n'exige pas la réponse d'un contexte relationnel autre, qui ne l'aggrave ni ne l'alimente. Lorsque la réponse, compte tenu de la clinique, ne peut être que celle d'un collectif institutionnel, sa mise en place concerne tout ce collectif, cette institution. Elle ne sera pas seulement celle d'un cadre, soit du milieu à l'intérieur duquel des actes techniques seront pratiqués, mais consistera en la mise en place de la dimension relationnelle comme outil fondamental, comme l'élément thérapeutique même.

Dans le cadre d'un phénomène somatique comme le diabète ou l'hépatite, l'accueil et l'accompagnement du patient, pour souhaitables qu'ils soient, sont en quelque sorte extérieurs au phénomène clinique à traiter, la relation n'est que le cadre à l'intérieur duquel se déroule l'acte technique thérapeutique.

Dans le champ de la psychiatrie, au contraire, ce qui est en jeu dans le phénomène clinique – quelque chose que l'on peut ramener à une impasse originaire au niveau de la séparation et de l'objet – et ce qui est en jeu dans le phénomène thérapeutique sont du même ordre, en continuité. Le sujet qui vous parle des difficultés qu'il rencontre dans la relation à l'Autre, le fait dans une relation avec vous. Il vous dit qu'il se méfie des autres tout en s'adressant à un autre ; qu'il ne supporte que difficilement l'autorité tout en s'adressant à quelqu'un qui est plus ou moins dans une position d'autorité. C'est dire que la dimension où se déroule le traitement et la dimension où se situe le problème clinique ne peuvent être distinguées l'une de l'autre. Ces dimensions sont toutes deux relationnelles. La relation n'est donc pas seulement le cadre du traitement, mais l'élément même du traitement. Notons qu'il ne s'agit pas pour autant d'exclure tout recours à la médication, bien souvent utile voire nécessaire, mais de la situer comme un auxiliaire de la relation et non le contraire.

L'accent mis sur le relationnel, comme cœur de la clinique et comme enjeu de traitement, modifie par conséquent radicalement la manière de concevoir l'institution et par là-même, le rapport qu'elle peut avoir avec les sujets qu'elle accueille. Lorsqu'une prise en charge institutionnelle s'impose, l'institution s'avère être la réponse qui convient, non pas en tant que

cadre d'investigations ou d'application de techniques, mais en tant qu'*outil* même du soin si on la conçoit comme un champ relationnel autre et alternatif au champ relationnel devenu invivable pour le sujet. L'usage principal que le sujet peut faire de l'institution est celui d'un champ relationnel autre.

Cependant, si la racine relationnelle fondamentale de la clinique est méconnue, la fonction de l'institution tend à être pensée à partir de ses idéaux, à partir de l'identification de l'institution à elle-même (à ses ressources, à son projet, à ses techniques thérapeutiques), et partant de là, à partir de l'identification des intervenants à leurs prérogatives, leurs compétences, leur périmètre d'intervention, indépendamment de la clinique et de l'usage que le sujet pourrait faire de l'institution. Si l'usager y est, certes, au centre de l'approche de l'action thérapeutique, si, comme on l'entend dire : « le réseau de soins est centré sur l'usager, sur le patient », celui-ci y est pris comme objet et non comme point d'origine. L'accent est en effet placé sur les articulations du dispositif, l'interdisciplinarité et la complémentarité de différentes compétences, et la réunion de synthèse a alors surtout pour but de fournir une réponse claire à la question « qui fait quoi ? » à des intervenants qui veulent éviter des empiètements entre « domaines de compétences ». En somme, l'accent est mis sur le « faire » de l'institution, ses activités, ses résultats, ses réussites, plutôt que sur le « faire » du patient, plutôt que sur ce que le patient peut faire de l'institution. C'est là l'institution conçue à partir de son idéal.

En revanche, lorsque la racine relationnelle de la clinique est prise en compte, la réponse institutionnelle sera moins orientée par son propre idéal à réaliser que par la considération de ce qui motive d'y avoir recours, pour l'abri, le refuge, la mise à distance qu'on y trouve. On s'interroge alors sur la raison pour un sujet de sa sortie violente ou à bas bruit du lien social, ou de ses difficultés à s'y maintenir. Sa présence en institution prend alors moins le sens d'avoir à se mettre à la disposition de différentes actions thérapeutiques que celui de pouvoir recourir à un autre contexte relationnel, à un autre Autre. La question du collectif devient alors davantage : « Quel usage peut-il faire de l'institution ? À quoi cela lui sert-il d'être ici, de fréquenter ce centre? », en tenant compte de l'impasse relationnelle qu'il rencontre dans la vie. Cette perspective supplante la problématique du possible usage par nous-mêmes de nos techniques et de nos compétences : « On ne peut rien faire avec lui, il sabote tout ce qu'on essaie de faire », « je me sens inutile avec elle, elle ne bouge pas ». Ce registre de l'usage de l'institution par le sujet, comme lieu d'une autre expérience relationnelle, et la mise entre

parenthèses de programmes et projets, permet à la réponse institutionnelle d'être plus proche de la clinique, et ceci sur deux versants.

D'une part, la réponse, l'intervention, va porter sur la relation du sujet avec les personnes de son entourage, hors institution, relation où se joue et s'est joué l'impact de l'objet. Lorsqu'un sujet est accueilli en institution, la question de la présence et de l'intervention des proches, la question du retour en famille ou non, des visites de la famille se pose avec plus d'acuité que dans la pratique de consultation. D'autre part, l'intervention va porter sur la relation même que nous engageons avec le sujet. Ces deux versants sont étroitement liés.

Le traitement de la relation

Lorsque l'objet est immanent au sujet, coïncide avec le sujet, notre souci est de favoriser ou de soutenir un certain déplacement, un certain décalage par rapport à cette position d'objet de l'Autre, qui est celle du sujet dans des relations profondément déterminées par une problématique de la non-séparation, sans pour autant tenter d'amener le sujet à choisir une séparation qui est inenvisageable, ou un rapprochement qui lui est invivable, même si cela nous paraît le mieux pour lui. Nous opérons plutôt dans le sens de moduler, de réguler la relation actuelle elle-même, de proposer une autre modalité de la non-séparation qui caractérise cette relation même, pour la rendre moins ravageante, moins problématique pour le sujet et partant, pour l'entourage.

Notre intervention porte donc sur la relation elle-même plutôt que sur le sujet. Elle porte sur les modalités et sur la logique de la relation plutôt que sur ses protagonistes comme ce serait le cas si nous tentions de l'amener à plus de raison, de modifier ses convictions, de lui montrer en quoi il exagère ou se fait du tort. Dans notre souci de favoriser ou de soutenir un déplacement, une mise à distance par rapport à la volonté de l'Autre concernant le sujet, si nous intervenons sur le sujet, nous risquons de redoubler, de solliciter cela même qu'il s'agit de désactiver. Donnons-en tout de suite des exemples[9].

Une femme a un beau jour l'intuition que le fiancé de sa sœur est amoureux d'elle. Elle dit en être certaine car elle a décelé dans le comportement du fiancé de sa sœur les signes qu'il l'aime, elle. Elle commencera alors à lui téléphoner, à lui envoyer des messages et essayera de le rencontrer dans le magasin où il travaille, le harcelant à tel point que sa sœur et lui se verront obligés de déménager dans une autre ville, sans que ce fait change quoi que soit à la certitude de la patiente. Le thérapeute trouvera finalement à lui dire quelque chose qui ne

[9] Garcia C.-D., « La captive », *L'amour dans les psychoses*, Paris, Seuil, 2004.

s’oppose pas à son idée, qui ne lui impose pas le point de vue d’un Autre, mais porte plutôt sur la logique de la relation comme telle. Il lui dira « le fait qu’il vous aime n’implique pas que vous deviez vous rencontrer », énoncé qui surprendra la patiente et aura un petit effet de décalage. Elle se mettra, en effet, par la suite, à discuter des différentes formes d’amour et à en approfondir la question par des recherches à la bibliothèque.

Comme on peut le voir, l’intervention ne porte pas sur le sujet, dans le sens de lui faire remarquer que ce que le fiancé de sa sœur a manifesté pourrait s’interpréter dans un autre sens, que ce n’est peut-être pas ce qu’elle croit et de la faire réfléchir jusqu’à lui faire prendre conscience qu’il s’agit d’un mirage. Non, l’intervention porte sur la relation elle-même, sur sa logique : « p n’implique pas q ». Elle vise non pas à changer quelque chose dans la croyance du sujet mais à moduler, modifier les implications de la relation, qui reste fondée sur la certitude de l’amour de l’Autre envers le sujet.

Une femme d’une quarantaine d’années est hospitalisée à la suite d’une tentative de suicide. Elle pensait trop à son père décédé et voulait le rejoindre. Elle a aussi la hantise d’être seule. Depuis, elle a engagé une relation avec un homme mais se plaint qu’après un an, ça ne se passe plus comme avant : il est tout le temps devant son ordinateur, il ne fait plus attention à elle. Elle n’envisage cependant pas de rompre. D’autre part, il veut qu’elle vienne vivre avec lui. Or, vivre avec cet homme impliquerait de quitter sa chambre aux appartements supervisés alors qu’elle y a trouvé une stabilité. Mais rester aux appartements, c’est courir le risque que son ami ne veuille plus d’elle, le risque d’être laissée tomber qui est son risque fondamental. Elle soumet ce dilemme, jour après jour, aux divers membres de l’équipe.

Que doit-on lui dire, quelle position prendre sachant que toute solution proposée fait problème ? Il suffit en effet qu’on lui conseille une chose pour qu’elle trouve le conseil malvenu, hostile. Et si on la met au pied du mur, en la renvoyant à sa responsabilité : « Choisissez vous-même, c’est à vous de décider », elle se retrouve démunie de tout appui, de tout repère et ramenée à sa position d’objet, de mauvais objet. La solution qu’on lui proposera, sera de garder sa chambre dans des appartements supervisés et d’être en même temps « co-habitante » chez son compagnon en participant aux loyers et aux charges de leur habitation commune. L’administrateur refusera cette proposition, ce qui permettra à la patiente de s’appuyer sur ce refus, face à son copain.

Monsieur Hyde, comme on l’a surnommé à l’hôpital, parce que dès qu’il est à l’extérieur de l’hôpital, il devient un Doctor Jekill, s’arrange toujours pour se trouver une compagne qui est, dit-il, comme une maman et chez qui, généralement, il emménage très rapidement, même

lorsqu’il a un domicile. Il se met à vivre à ses crochets. Des relations houleuses ne tardent pas à se mettre en place, le patient devient violent avec sa compagne (coups, menace avec un couteau, séquestration, saccage du logement) et lui extorque de l’argent. La rupture devient alors inévitable et le patient finit par se faire hospitaliser, amené par la police.
Un apaisement va se produire lorsqu’il rencontre une femme connue pour avoir plus d’un partenaire et qu’il ne se retrouve pas dans l’obligation de s’installer en couple chez elle. La formule du « chacun chez soi », selon ses propres termes, s’avèrera être la solution favorable à la poursuite d’une relation sans tomber dans la violence.
« Chacun chez soi », est la formule qui convient aussi, dans bien des cas, pour les couples qui vivent ou qui se forment dans des structures résidentielles, comme forme de micro-dispositif de réglage d’un lien qui peut en favoriser l’apaisement. « Être en couple peut très bien se faire sans vivre dans le même lieu. Cela se fait beaucoup aujourd’hui », comme il nous arrive de dire.
À l’instar de ce patient, le collectif peut mettre en place des micro-dispositifs de réglage de la relation, tels que confier la gestion des choses pratiques à d’autres personnes qu’aux membres de la famille du sujet ; lui suggérer de prendre lui-même l’initiative de téléphoner à sa mère plutôt que de subir ses coups de fil fréquents et intempestifs. Lorsqu’un père proposera de faire une donation à sa fille, mais à condition qu’elle soit gérée par un avocat, et que celle-ci la refusera au nom de son autonomie, le collectif lui suggèrera de choisir elle-même l’avocat, moyennant quoi elle pourra accepter cette donation.
Le même soin, la même logique que ceux qui président à ce style d’interventions portant sur le lien du sujet avec son entourage doivent présider au mode, au style de la relation que nous instaurons avec lui. Car c’est le même enjeu de la relation à l’Autre qui se rejoue dans l’accueil et l’accompagnement institutionnels en tant qu’ils constituent eux-mêmes un champ relationnel, qu’ils se produisent et se déroulent dans la dimension même où la problématique clinique se pose.

Mais pour obtenir que la présence de l’Autre soit supportable pour le sujet, il ne suffit pas de mettre en avant la relation, sans par ailleurs la spécifier. Dans les situations que nous venons d’évoquer, on voit qu’il y faut une tournure de l’énonciation, un mode d’adresse tels qu’ils parviennent à nous différencier, à nous décaler de l’Autre auquel le sujet a été jusque là confronté. Si au contraire, pour obtenir un certain apaisement de la relation du sujet avec ses partenaires, nous intervenons « sur le sujet », nous risquons de réactiver une figure de l’Autre qui sera précisément celle qui provoque sa méfiance, son rejet, voire son collage.

Par exemple, lors d'une bagarre qui a éclaté dans l'institution, une jeune fille déclare : « De toute façon je m'en fous, je vais retourner chez ma mère ». Deux suites peuvent être imaginées : soit on lui fait remarquer que ce n'est pas une bonne idée, qu'elle sait que c'est impossible – réponses qui vont déchaîner encore plus sa violence ; soit on prend acte de ce qu'elle dit sous la forme d'un « Eh bien, je vais transmettre ton souhait au directeur ou au juge », qui désamorce la confrontation entre sa position et celle de l'intervenant.

Dans un centre de jour, un patient ne peut accepter l'heure de la fin d'une activité sans avoir terminé sa tâche[10]. Le moment de la fin de l'activité provoque toujours chez lui une vive colère rapidement insupportable pour les autres résidents. Lors de l'entretien avec le référent et le psychologue, il leur fait part de ce qui fait sa préoccupation permanente, sa soumission à une injonction rappelant un dicton paternel : « Tout travail commencé mérite d'être terminé ! » à quoi, lui a été répondu que sans doute cela est vrai, mais que rien n'y indique le temps qu'il faut pour terminer le travail. Voilà un type de propos qui ne vise pas le sujet, qui ne porte pas sur sa pensée ou son être, mais qui porte sur l'Autre, sur son injonction. C'est une remarque sur la logique de l'énoncé qui permet de desserrer une identification trop pesante, qui décale un peu le sujet de cette position d'objet d'une injonction.

Ce type d'interventions a en même temps la vertu de traiter quelque chose de notre propre position dans la relation, c'est-à-dire de nous décaler nous-mêmes de la position d'un Autre à laquelle le sujet est fantasmatiquement confronté, un Autre qui a des vues sur lui, bonnes ou mauvaises, qui détient un savoir sur son être ou qui lui veut quelque chose. C'est pourquoi nous nous gardons de trop vite nous engager dans une remarque qui le concerne, une explication de son comportement, un encouragement ou une mise en garde, ou encore de vouloir modifier sa perception ou sa compréhension, favoriser sa prise de conscience, lui faire « accepter la réalité ». Toutes ces interventions qui tendraient à lui faire entrevoir en quoi, dans ce qui ne va pas, il y serait pour quelque chose. Lui faire entrevoir sa responsabilité risquerait fort de mobiliser la supposition d'un savoir et d'un pouvoir sur sa pensée ou son intimité, sur quelque chose qui n'est pas su de lui, qui est non dit, *mi-dit* ou sous-entendu. Toutes ces tentatives peuvent réactiver ou solliciter cette dimension de l'objet que nous essayons de désamorcer.

Même une remarque qui se veut banale peut avoir pour effet de présentifier cet Autre, si elle comporte, d'une manière plus ou moins explicite, l'idée d'un regard ou d'un jugement porté sur l'être du sujet. Ainsi croyant rassurer la jeune femme qui s'inquiète de ce que sa mère

[10] Normand M., *Le psychologue en service de psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2011, p. 27-49.

pourrait penser d'elle parce qu'elle est sortie avec un garçon et a couché avec lui, surtout qu'il est africain et que sa mère est raciste, une intervenante a cru bon de banaliser la chose par des remarques du style : « Vous, vous n'êtes pas raciste », « Vous n'êtes ni la première ni la dernière à qui c'est arrivé », au lieu de lui dire simplement par exemple, « Il y a des choses qui relèvent de la vie privée ». Ces remarques ont été perçues par la jeune femme comme si on sous-entendait qu'elle l'avait cherché, comme si, dit-elle, on l'avait « prise pour une pute », comme si on l'avait jugée et insultée. Car pour ce sujet, la jouissance rejetée (*Verwerfung*) de l'inconscient est simplement ce que l'Autre veut. Alors qu'elle répond par un refus quand on lui demande son accord, elle est démunie face à l'Autre qui ne le lui demande pas, face à la volonté de jouissance de l'Autre. Aussi, acceptera-t-elle qu'on lui interdise de sortir, car cela l'éloigne de cette position d'objet, l'empêche d'être livrée à une volonté de jouissance, à ce qui à la fois est plus fort qu'elle et vécu comme une intrusion.

Une simple question peut également avoir cet effet, si elle a la fonction d'une interprétation, soit la fonction de laisser entendre qu'il y a, derrière ce qu'il dit, une signification qui échappe au sujet, et non au thérapeute. Celui-ci est alors ressenti comme celui qui peut deviner, avoir une connaissance de l'intimité du sujet que lui-même ne possède pas. De même souligner un lapsus chez le sujet – *papier verge* au lieu de *papier vierge*, par exemple – peut laisser entendre non pas le fait qu'il y aurait une signification inconsciente, mais le fait que le thérapeute l'aie devinée.

Se tenir à l'écart d'une énonciation interprétative ne veut toutefois pas dire se laisser aller à parler comme cela nous vient, comme nous le faisons dans la vie de tous les jours, mais demande une discipline spécifique de la parole et de la présence qui soit à la hauteur de ce qui cause la difficulté relationnelle sur le plan de la présence et de la parole chez le patient. Cette discipline apparaît rapidement nécessaire lorsqu'on travaille avec les enfants psychotiques. On réalise assez vite que notre réponse ne peut se calquer sur le mode habituel, spontané de la relation qu'on a avec un enfant en tant que parent, instituteur ou médecin. On réalise assez vite que la manière la plus favorable d'interagir avec un enfant psychotique est bien souvent celle qui tempère cette interaction même, c'est-à-dire module ou minimise le plus possible l'incidence d'une énonciation personnelle – par exemple en adoptant un ton théâtral ou solennel, en parlant dans une autre langue, en chuchotant à l'oreille, en chantonnant, en parlant à un collègue plutôt qu'à l'enfant à la deuxième personne, en se fâchant sur l'objet plutôt que sur l'enfant, en dansant avec la boite de chocolat sur sa tête pour la ranger dans l'armoire plutôt que de la refuser directement à l'enfant qui en veut encore.

De cette discipline de la parole, il n'existe pas de mode d'emploi standard. Il s'agit d'être présent, de parler ou de se taire, de répondre ou de dire, en essayant chaque fois de trouver le diapason qui convienne à ce que la rencontre ne réactive pas la position d'objet du sujet. Dans un cas, il s'agit surtout de garder le silence, dans un autre, il s'agira plutôt de soutenir une conversation. Dans un cas, la plus petite intervention risque de susciter la question persécutrice, « Qu'est-ce qu'il me veut en disant cela ? » comme le relatait un collègue de Nantes, Bernard Porcheret, dont une simple intervention du style : « alors ? » avait provoqué une rupture de la cure et une abondante correspondance accusatrice de la part d'un patient. Dans d'autres cas, le silence que nous gardons comme condition de la parole, s'il est total, s'il se prolonge, risque de se transformer en attitude énigmatique, de rendre présent un savoir, de passer pour une observation de l'être du sujet, savoir et regard étant d'autant plus prégnants qu'ils ne sont pas explicites. Il vaut mieux alors, contrairement à la première situation, adopter un style plus conversationnel, ponctuer, prendre acte, soutenir, en somme produire diverses formes de réponse ou d'écho qui valent surtout par le fait de ne pas laisser entendre que nous savons par-devers lui ce qui de son intimité, échappe au sujet lui-même.

Le sujet peut, bien sûr, d'emblée nous imputer un tel savoir sur lui. Il s'agit alors encore de nous décaler de cette imputation, en disant par exemple : « Je ne puis savoir de vous que ce que vous me dites », « prenez bien le temps de m'expliquer ».

Quelle que soit la modalité propre à la rencontre, il s'agit en tous cas de nous maintenir à l'écart d'une position de savoir – non pas du savoir en général car les savoirs peuvent faire l'objet d'une conversation et être utilisés par le sujet pour le chiffrage de son expérience – mais d'un savoir sur le sujet, sur son inconscient, sur son être, qui est de fait porteur d'une volonté le concernant.

De la manœuvre du transfert, dont parle Lacan à la fin de la « Question préliminaire », on peut légitimement penser qu'elle consiste à adopter cette position, celle du sujet supposé ignorer. Elle se traduit notamment au niveau de la parole, elle porte sur la parole, sur ce qui fait que parler ouvre toujours à une dimension d'au-delà de ce qui est dit. Elle porte sur la sorte de halo de sous-entendu, d'allusion, que la parole génère toujours autour d'elle – de manière à le limiter, ou à ne pas le solliciter.

C'est pourquoi le registre dans lequel notre intervention se formule n'est pas celui du sens. Il n'est pas celui de la compréhension et de l'explication : « Vous avez voulu éviter un deuil », « Votre difficulté est sans doute due aux attouchements que vous avez subis dans votre

enfance», « Vous vous mettez en échec, comme votre père », mais il n'est pas non plus celui de l'interprétation suggérant un autre sens, faisant allusion à autre chose.

Dans notre intervention, nous nous situerons au contraire dans ce qui, du langage, est le plus éloigné de sa dimension sémantique, le plus proche de l'écriture et de la lettre, avec l'objectif de réduire les effets de signifié qu'entraîne la pratique spontanée de la parole. On privilégiera dans le langage la dimension de la nomination, la dimension syntaxique.

Nomination versus *interprétation*

Le nom isole dans le signifiant cette dimension par où son énoncé s'égale à sa signification[11], coïncide avec sa signification. Ce qui est spécialement sensible avec le nom propre. Nommer, c'est capitonner non pas le signifiant et le signifié, mais le signifiant et le réel. Nommer se passe du signifié, on n'a pas besoin de savoir ce que ça veut dire. Le nom veut dire ce qu'il dit. Il a donc un pouvoir de fixation, d'arrêt, contrairement à la parole et au dialogue où le sens fuit, est flou, toujours à expliciter.

Parfois c'est le sujet lui-même qui invente cette nomination qui déplace, ordonne ou limite le retour dans le réel de la jouissance. Ainsi cette femme habitée par la certitude délirante de contaminer les autres quand il lui arrive de les toucher par mégarde, qui finit par inventer une division de son corps en un mauvais et un bon côté, nomination qui lui permet de réguler son rapport à autrui[12].

Une autre parvient à élaborer sa position dans la société en étant une « femme libre », à la place de la « vieille fille » qu'elle craignait que l'on voit en elle, nous donnant ainsi un exemple de nomination et de l'efficacité de son déplacement[13].

Ce peut être l'analyste ou le thérapeute qui suggère un déplacement de la nomination avancée par le sujet : « avoir une place à part » par exemple, au lieu de « ne pas avoir de place ». « Rendre service à quelqu'un quand on le souhaite » plutôt qu'« être la boniche ».

Pour un enfant qui a beaucoup de difficultés à rester dans l'espace dévolu à son activité, les intervenants décident de créer lors du premier atelier « escalade », un espace « hors atelier », dans la pièce destinée à l'activité en disant à la cantonade que c'est l'endroit pour les enfants qui ne veulent pas rester dans l'atelier. Akim s'y dirigera tout de suite, mais restera dans la

[11] Lacan J., « Subversion du sujet et dialectique du désir », *Écrits*, *op. cit.*, p. 819.
[12] Carpentier D., « Engager la conversation », *La Lettre mensuelle*, n°257, p. 17.
[13] Cottet S., « CPCT, contingence d'une rencontre. Effet durable ou non ? », *Les documents de Scripta*, ACF CAPA, 2009.

pièce. Et à partir de là il commencera à accepter de faire les exercices d'échauffement qui précèdent l'escalade.

La nomination exploite quelque chose de la dimension logique du langage, de sa réduction à la lettre, abstraction faite de son sens. C'est pourquoi d'ailleurs, dans l'accompagnement des sujets psychotiques, la lettre ou l'écriture jouent souvent un rôle essentiel comme traitement des effets de signifié que l'articulation de la parole dissémine, irradie autour d'elle. L'écriture fixe alors que la parole appelle toujours de l'interprétation. Une parole ou une pensée envahissante peut être traitée par des écrits, et ce d'autant plus s'ils sont courts.

Cet effet peut être présent dans toute une phrase, pour autant qu'elle en privilégie la dimension syntaxique, logique, plutôt que celle du sens qui est toujours à expliciter, à faire passer, du sens à insinuer. L'effet que produit la phrase « Le fait qu'il vous aime n'implique pas que vous deviez vous rencontrer » est celui d'introduire une ponctuation, un point d'arrêt, qui se situe dans le même fil que la nomination ou qu'une proposition logique : c'est l'effet d'un S_1 sans l'au-delà d'un vouloir dire énigmatique.

Rebranchements

Il existe tout un versant de la clinique où l'incidence de la dimension absolue de l'objet produit l'évitement, la mise à distance voire l'ignorance pure et simple de la présence de l'Autre. Si sur un versant de la relation on peut parler surtout du branchement de l'Autre sur le sujet, sur un autre versant il s'agit plutôt de débranchement du sujet par rapport à l'Autre. L'enjeu ici est moins celui d'un traitement de la relation que celui d'un certain rebranchement possible sur l'Autre. Or, celui-ci ne peut être que la conséquence, le résultat collatéral d'un traitement préalable de l'immanence de l'objet, de la coïncidence du sujet avec l'objet.

Mais ce n'est pas par l'apprentissage, par la rééducation, par une action directe sur le débranchement – l'immobilité, le manque d'intérêt ou de projet, l'incapacité à faire la moindre démarche, voire le laisser-aller du corps propre – qu'un rebranchement sur le social, sur la réalité, sur autrui pourra être obtenu. Ce sera, d'abord par une forme d'« extériorisation » de l'objet, par le repérage d'un point d'investissement possible de la pulsion hors de soi, indépendamment d'abord de toute perspective d'insertion – que les conditions d'une éventuelle mise en relation avec l'Autre pourront être posées.

Concernant cette coalescence de la pulsion et du corps, la pratique de l'accompagnement du sujet est guidée par une double question.
D'abord, comment modérer, moduler, voire même transposer dans un autre régime, les « traitements » que le sujet applique déjà à son être pour obtenir une certaine extraction de cet objet lorsqu'ils sont aussi rudes que des scarifications, des brûlures, des grattements, des lavages interminables, des épilations complètes ou le recours réitéré à la chirurgie plastique, à l'alcool et aux drogues, en leur donnant des formes moins réelles, des formes plus localisées, limitées, plus légères et compatibles avec le lien social ?
Ensuite, comment soutenir ou favoriser, sans passer par l'apprentissage et le conditionnement, ce qu'on pourrait appeler une certaine extériorisation de l'objet, un certain déplacement de l'objet hors de soi, comme condition d'un rebranchement du sujet sur autre chose que lui-même, sur la réalité, y compris sur son corps « social », son corps de semblant ?

Il faut aussi savoir repérer les habitudes ou les comportements qui ont pour fonction de maintenir ou de retrouver quelque chose de l'objet dans l'image, en tant que forme de traitement de l'angoisse ou du sentiment de vide dont certains patients témoignent. Ainsi à l'infirmière qui lui fait remarquer le désordre de sa chambre, une patiente dit : « L'ordre m'angoisse, je ne me sens plus chez moi ». Un autre patient affirme : « Si mon appartement est tout à fait en ordre, je m'inquiète parce que quand je n'ai rien à faire, ranger est une activité de réserve qui me permet d'éviter l'angoisse ».
Cet effort pour retrouver quelque chose de l'objet dans l'image peut aussi se traduire par l'exigence de ne pas changer de vêtements, car le même vêtement, non lavé, ayant toujours la même odeur, tient lieu d'un « être le même » en quelque sorte, alors que changer de vêtements mettrait à nu un vide foncier du sujet. Il faudra alors trouver une solution qui concilie la nécessité d'une fixité de l'image vestimentaire avec celle de l'hygiène.

Vers le sinthome

Ici il s'agit de prendre en compte tout phénomène, comportement, habitude ou activité qui, par sa fonction de nouage de la jouissance et du semblant, peut être mis sous la rubrique de ce que nous appelons, après Lacan, *sinthome*.

Les symptômes, au sens médical courant constituent en quelque sorte le prototype de cette fonction**,** en tant qu'ils limitent et localisent en un point, une zone du corps imaginaire et perceptible, ce qui serait autrement obscurément menaçant, intrusif, diffus et donc persécutif,

dans le rapport à l'Autre, ou envahissant, faisant retour dans le corps propre, voire dans le moi (sur le versant de la mélancolie). Les symptômes médicaux peuvent déjà spontanément réaliser une sorte de traitement de la dimension de l'objet. Dans l'hallucination ou dans l'agir, la pulsion n'a pas, en effet, le même statut que dans le symptôme.

Cette fonction du symptôme peut nous guider dans l'accompagnement du sujet vers des pratiques ou des réalisations qui, sans nécessairement constituer une insertion dans le circuit du travail, peuvent permettre un certain rebranchement social, lorsque cet accompagnement s'appuie sur ce dont le sujet lui-même semble se servir pour localiser, délimiter, voire éloigner cette présence de l'objet qui l'accable : des productions d'écriture, des collections, l'usage de gadgets, d'instruments et de machines etc. Une certaine localisation de l'objet hors le réel du corps semble ainsi pouvoir opérer, analogue à celle qu'opère le symptôme par un processus qui va de l'objet que l'on est, vers l'objet que l'on a (ou que l'on fabrique) tenant lieu d'une extraction de l'objet. On a pu constater dans de nombreux cas que des pratiques d'écriture ou artistiques peuvent constituer une alternative valable à des pratiques d'automutilation, ou à l'agitation et à la violence.

Une pratique à plusieurs

Cet accent mis sur la logique de l'objet en cause dans les relations du sujet, a bien évidemment, des conséquences sur la configuration, la structure et le fonctionnement de l'ensemble des praticiens. La question de la réponse qui convient au transfert dans la psychose ne peut, en effet, être l'affaire de quelques spécialistes seulement. Elle concerne tout intervenant car il n'y a pas d'acte, de pratique, de simple présence séparable de la dimension relationnelle et de l'enjeu objectal qui s'y noue.

Si, du point de vue du but et de l'idéal de l'institution, une répartition des différentes compétences, correspondant aux différents objectifs sectoriels à atteindre, s'impose comme structure de l'équipe, du point de vue de l'usage de l'institution par un sujet, au regard de sa problématique relationnelle propre, chaque intervenant est logé à la même enseigne, parce que chaque intervenant est en relation avec lui. Par rapport à la raison, à la cause de sa présence dans l'institution, chaque intervenant est confronté à la même responsabilité relationnelle, transférentielle, que ses collègues. Cela a comme conséquence l'induction d'une certaine rature des divers diplômes et des diverses spécialisations au profit d'une présence et d'une ambiance qui font surtout appel à l'imagination et au désir de chacun. Cela entraîne du même

coup une modification des relations entre soignants, dans le sens d'un fonctionnement plus collégial, moins hiérarchisé, d'une pratique qui s'exerce « à plusieurs ».

Un tel dispositif s'avère plus favorable à l'accueil et à l'accompagnement du sujet qu'un dispositif compartimenté et hiérarchisé, dans la mesure où il offre un éventail plus large et plus souple de points de rencontre et de branchement possibles ; en fonction de ce qui, des signifiants d'un sujet, peut entrer en résonance avec ceux d'un intervenant. Cette rencontre dont on ne peut désigner à l'avance le point et le moment (un atelier, une activité sportive, une conversation informelle, un entretien…) est en outre plongée dans le contexte pluriel qui a l'avantage de « traiter » ce qu'une rencontre individuelle pourrait avoir de trop collant ou de trop menaçant.

Loin de toute réponse standardisée, la réponse qui part de la clinique est alors orientée par ce qui, dans la singularité de chaque rencontre, est susceptible de réactiver ou de solliciter cette dimension d'objet, d'abord pour s'en écarter, ne pas l'alimenter, mais aussi et surtout pour lui trouver une issue moins ravageante, voire plus créative. Pour atteindre le but, le traitement sera mieux orienté s'il part de la cause, si je puis dire, s'il part de ce qui est le propre du sujet, de la singularité de son symptôme, c'est à dire de la manière propre au sujet de faire, de se débrouiller avec ce que sa condition structurale d'objet lui inflige. On cherchera dans ce qu'il fait, dans ce qu'il refuse de faire, dans ce qui affecte son corps, ce qui peut être lu comme une amorce de traitement, un essai d'arrêter, de limiter la pulsion qui fait retour dans le réel. Lorsque le phénomène clinique est abordé comme trouble d'une fonction, ou comme série de troubles conçus comme des entités en soi, la thérapeutique se configure comme un acte technique ou un ensemble d'actes techniques à exécuter selon un programme qui comporte des étapes et une durée, prenant modèle sur la rééducation d'un organe défaillant.

À l'inverse, lorsque la thérapeutique est abordée comme une configuration subjective globale qui a son origine dans cette dimension cruciale de la condition humaine qu'est le rapport à l'Autre, la thérapeutique apparaît être coextensive à ce qu'on pourrait appeler l'enjeu fondamental d'une vie. L'institution apparaît comme ce dont un sujet peut se servir – au regard de cet enjeu, selon des modalités variables – plutôt que comme le cadre d'une technicité thérapeutique pluridisciplinaire. Partant de cet enjeu, le processus thérapeutique est mieux orienté quant au but thérapeutique, puisqu'il s'appuie sur la singularité du cas, sur la réaction propre à chaque sujet à la cause de ses difficultés.

Une telle conception de l'utilité de l'institution s'éloigne complètement de la conception managériale du soin qui tend à réduire, voire à supprimer tout ce qui n'est pas censé être un

traitement spécifique, intensif et limité dans le temps, pour en faire l'outil du sujet . Elle ne peut alors être défendue qu'en rapport à une conception de la clinique psychiatrique comme clinique spécifique de la condition humaine, « où le désir de l'Autre fait la loi ». Ce qui veut dire qu'une telle conception ne peut se fonder et se défendre qu'à partir de la clinique, de l'éthique et des finalités de la psychanalyse.

Ceci suppose aussi que notre présence dans les institutions, notre pratique de l'institution, ne soient pas simplement considérées comme un pis-aller, comme une condition professionnelle temporaire de débutant, mais au contraire comme une implication dans ce que Lacan appelle « le devoir de la psychanalyse en notre monde », et une implication à l'égard de l'avenir de la psychanalyse.



